

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FAULTÉ DE MEDECINE

N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FOLIE CHEZ LES INDIGÈNES
DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE
PENDANT LA GRANDE GUERRE
(1914-1919)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1921

PAR

Roland GUEBHARD

Né à Bruxelles, le 7 Juin 1880

INTERNE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS D'AIX

ADJOINT DE 1^{re} CLASSE DES AFFAIRES INDIGÈNES DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE
FRANÇAISE (HAUT-SÉNÉGAL ET NIGER)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse.	{	BOSC, professeur, <i>Président.</i>	} <i>Assesseurs</i>
		MAIRET, professeur.	
		EUZIÈRE, agrégé.	
		MARGAROT, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FOLIE CHEZ LES INDIGÈNES

DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

PENDANT LA GRANDE GUERRE

(1914-1919)

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FOLIE CHEZ LES INDIGÈNES

DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

PENDANT LA GRANDE GUERRE

(1914-1919)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1921

PAR

Roland GUEBHARD

Né à Bruxelles, le 7 Juin 1880

INTERNE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS D'AIX

ADJOINT DE 1^{re} CLASSE DES AFFAIRES INDIGÈNES DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE
FRANÇAISE (HAUT-SÉNÉGAL ET NIGER)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BOSC, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MAIRET, professeur.		
		EUZIÈRE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N.
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale	FORQUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	VALLOIS.
Clinique ophtalmologique	MAIRET.
Clinique des maladies des enfants	TRUC.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BAUMEL.
Clinique gynécologique	ESTOR.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{ MM. RICHE.
	GAUSSEL.		{ ETIENNE.
Médecine	EUZIERE.	Accouchements	{ LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur.	{ DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.		{ GALAVIELLE.
	DELMAS (L.)	Chimie	{ CABANNES.
Histologie	GRYNFELT.	Physique	{ MESTREZAT.
			{ PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. BOSC, professeur, <i>président</i> .		MM. EUZIERE, agrégé.
MAIRET, professeur		MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

*Dont l'affectueuse tendresse me fut le
meilleur et le plus sûr des encour-
agements à reprendre mes études
médicales après la Grande Guerre*

R GUÉBHARD.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ADRIEN GUÉBHARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MA MÈRE

MADAME SÉVERINE

FEMME DE LETTRES

Témoignage de profonde reconnaissance.

R. GUÉBHARD.

A MONSIEUR LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL
DE
L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

A MONSIEUR LE LIEUTENANT GOUVERNEUR
DU HAUT-SÉNÉGAL ET NIGER

Respectueux hommages.

R. GUÉBHARD.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

*Qui nous fit le très grand honneur
de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

R. GUÉBHARD.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES PROFESSEURS PONCET (de Lyon) (*In memoriam*)

— JABOULAY (de Lyon) —

— CATOIS (de Caen) —

— LÉPINE (de Lyon) —

— BÉRARD (de Lyon)

— BONNET (de Lyon)

— PIC (de Lyon)

— ESCAT (de Marseille)

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE LOUIS CULAN

EX-MÉDECIN CHEF DE L'HÔPITAL COMPLÉMENTAIRE N° 10

A SAINT-ACHEUL (SECTEUR POSTAL 61)

En reconnaissance de son amicale sympathie et en souvenir d'heures tragiques vécues ensemble dans la Somme.

R. GUÉBHARD.

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE
DE MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE
ET DE MES COLLÈGUES
TOMBÉS DANS LA BROUSSE AFRICAINE

R. GUÉBHARD.

AVANT-PROPOS

Qu'il me soit permis en première ligne de m'excuser de la brièveté de ce travail, mais, malade, rendu à la vie civile — diminué physiquement de plus de moitié — réformé n° 1 après plus de cinq années de mobilisation, il ne m'a pas été donné d'y consacrer tout le temps envisagé.

Pour des motifs identiques, nous nous excusons d'une bibliographie fort incomplète. Eloigné par notre internat d'un grand Centre universitaire, nos ressources furent précaires et nos investigations limitées, n'ayant pu compiler que le strict nécessaire des auteurs ayant étudié cette question.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FOLIE CHEZ LES INDIGÈNES
DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE
PENDANT LA GRANDE GUERRE
(1914-1919)

INTRODUCTION

Il nous a été donné, au cours de cinq années de campagne, d'examiner de nombreux aliénés de diverses races indigènes et de remarquer que la folie revêtait exactement les mêmes formes chez les Indigènes que chez les Européens.

Il a été admis pendant longtemps que l'aliénation mentale épargnait les races de couleurs et constituait une rareté chez l'indigène. Depuis la mobilisation, l'on a pu constater le contraire, ce qui corrobore les travaux d'avant-guerre de plusieurs médecins. En France, le docteur Armand Marie fit une communication sur la Folie en Egypte, tout en constatant la rareté de la paralysie générale sur les bords du Nil. Au Maroc, Trenel vit un certain

nombre d'aliénés de couleur. Enfin à Aix, depuis de longues années, et surtout depuis 1914, un contingent fort important d'Africains est fourni à l'Asile de Mont-Perrin, comme l'indiquent les travaux de M. le docteur Meilhon.

La folie n'est donc pas l'apanage exclusif des civilisés, l'indigène soumis à un choc mental intense au cours de la période tragique de 1914-1919, paya un lourd tribut à l'aliénation mentale.

I

Pendant la Guerre 1914-1918, des troupes de tous pays furent engagées, soumises aux mêmes influences et permirent de constater les formes les plus diverses de l'aliénation mentale.

En particulier la « confusion mentale » a été la forme primordiale des tranchées ainsi que la « lypémanie », la confusion mentale se développant surtout chez les dégénérés prédisposés à stigmates physiques. Il y a lieu de signaler également la fréquence extrême du « pithiatisme », alors que les cas de « paralysie générale » fournissaient un pourcentage insignifiant.

En effet, suivant une statistique du docteur Rosanoff (pour qui, cependant, les nègres « civilisés » auraient une prédisposition remarquable à la paralysie générale), les indigènes se répartiraient ainsi :

Psychoses diverses	25,53
Démences précoces	13,72
Folie maniaque dépressive.....	9,80
Psychoses alcooliques	7,82
Psychoses épileptiques	3,92

Mais, comme nous le disons précédemment, toutes les races sont égales devant la folie quand elles sont soumises aux mêmes conditions d'existence et plus les indigènes

avancent en civilisation, plus ils trouvent des causes de déséquilibre. Le fait est prouvé par Witmer dans son « Etude des Nègres avant et après leur émancipation ». Sans soucis, placés en dehors de la lutte pour l'existence, du jour où ils furent libres, ils s'abandonnèrent sans frein à tous les excès et l'aliénation mentale presque inconnue chez eux s'implanta dans leur race.

La civilisation, par les besoins qu'elle entraîne, les habitudes de luxe et de jouissance, la lutte pour la vie, favorise le développement de la folie.

D'autre part, les peuplades musulmanes moins alcooliques que les autres par suite de leurs prescriptions religieuses fournissent naturellement un pourcentage moins élevé d'éthyliques, tandis qu'en Afrique occidentale française, les peuples fétichistes vivant à notre contact, comme les N'Gbons, les Bobos ont pris tous nos vices et plus particulièrement l'alcoolisme avec son cortège de tares : criminalité, dégénérescence, folie et, suivant la formule saisissante de Krafft-Ebing au Congrès international de Moscou en 1877 : *Civilisation = Syphilisation*, ce qui donnerait raison à la théorie du Dr Rosanoff au sujet de la fréquence de la paralysie générale chez les Nègres civilisés, alors que personnellement — comme nous l'avons déjà indiqué — nous la rencontrâmes peu fréquemment, les contingents africains venant pour les neuf dixièmes, du fin fond de la brousse où l'homme vit encore sans alcool, presque à l'état primitif.

Pour William A. White la folie serait due au peu de résistance d'esprits soumis à des préoccupations exagérées, ce qui était loin d'être le cas d'indigènes vivant tranquillement en pleine solitude jusqu'au jour où déracinés brusquement, sans transition, ils furent jetés en Europe dans la fournaise des fronts français et d'Orient.

* *

« Les maladies mentales, dit Joffroy, demandent pour se développer un terrain spécial modifié de longue date ». En effet, l'on reconnaît que, dans la grande majorité des cas de folie, la maladie est produite non par une cause unique, mais bien par une série de circonstances et de conditions fâcheuses qui préparent d'abord, puis enfin, par leur action simultanée, déterminent l'explosion de la folie.

Il faut donc invoquer en toute première ligne l'influence de l'alcool sur le système nerveux de l'indigène.

Pour le professeur Mairét la puberté serait une cause prédisposante à l'épilepsie. Tous les épileptiques indigènes observés dans nos différents services correspondaient, en effet, par leur âge à la période post-pubérale (14 à 24 ans).

La chaleur n'est pas le principal facteur à incriminer, pas plus que l'influence du climat. *A priori*, on peut supposer que le climat doit exercer une influence débilissante sur le système nerveux et favoriser le développement des troubles mentaux. Cette théorie est soutenable pour des Européens insuffisamment adaptés, mais non pour l'indigène. En effet, dans les escales du Sénégal, comme dans la forêt vierge de la Côte d'Ivoire, nous avons toujours vu les enfants encore au sein la tête complètement rasée à la mode indigène avec un morceau de verre ne respectant qu'une simple mèche sur le frontal, mèche rituelle qui servira à Mahomet pour hisser près de lui au paradis d'Allah son fidèle disciple, au jour de la Résurrection.

M. le professeur Grasset a décrit des « demi fous » se distinguant des sains d'esprit en ce qu'ils sont psychique-

ment malades, et se distinguant des fous en ce qu'ils conservent un certain degré de conscience et de raison.

Personnellement, nous opinerions à croire que, parmi les contingents noirs hâtivement expédiés de la colonie, malgré un premier « filtrage » beaucoup de ces demi fous figureraient dans ces troupes indigènes. Brusquement transplantés dans la métropole leur « modus vivendi » totalement changé, les nuits glaciales des Flandres en surplus, l'alcool et l'artillerie boche aidant, ces malheureux sombrèrent mentalement dans la grande tragédie qui vient de se terminer.

II

MANIE DELIRANTE

Adjoint au Commandant de Cerele au fort de Bakel (construit sur le Sénégal par le général Faidherbe en 1820), à 831 kilomètres de Dakar, j'eus l'occasion au cours d'une tournée de recrutement au village de Túabo d'y rencontrer un indigène atteint de *manie délirante*. Originaire d'un village voisin de Kounge (pris en 1886 par le grand agitateur Mamadou Lamine, mort en 1888), Diouldé B... se présenta à moi en vainqueur, comme étant ce même Mamadou Lamine (mort depuis trente ans) !

Puis, ensuite passant de la menace à l'extrême soumission, les rôles intervertis, dans son délire, j'étais le général Gouraud et lui le vaincu, le grand Samory (capturé en 1898). Son costume était en rapport avec ses illusions. Un véritable uniforme de roi nègre, affublé d'une vieille tunique de spahi, coiffé d'un casque colonial, la poitrine couverte de médailles en couvercles de boîtes à sardines, un antique sabre suspendu en sautoir par une cordelette de raphia, il était selon, la juste expression de Magnan, « tout en dehors » ne dissimulant rien, bavardant sans cesse,

mêlant les propos guerriers aux questions de cuisine (« logorrhée » maniaque).

Ses idées de grandeur avaient ceci de particulier qu'elles ne se reproduisaient qu'à la vue d'un Européen en tournée dans le cercle, ou du passage d'un convoi administratif de chalands sur le fleuve.

III

PITHIATISME

A la Côte d'Ivoire, à Ouossou (cercle du Baoulé-Sud), poste fondé par la mission Monteil, en 1894, pour assurer le passage de l'Ouo (110 kilomètres de la côte, au nord de Grand-Lahou), j'eus deux malades à examiner : Akafou N'G... et Demba S..., caporal à la 4^e brigade indigène (commandée par mon regretté camarade le capitaine Gagnepain, glorieusement tué depuis au Maroc).

Akafou N'G..., bel exemple de cette suggestibilité que Babinski a catalogué « pithiatisme », présentait tous les troubles permanents constituant les « stigmates mentaux » de Pierre Janet : affaiblissement et mobilité de l'attention, troubles de la mémoire, amnésie de reproduction, modification de l'affectivité et du caractère, « aboulie » remarquable se traduisant par de l'apathie et de la négligence.

Malade ayant joué un rôle important lors de la révolte des N'Gbans, l'œil brillant, parlant toujours avec volubilité, si les antécédents héréditaires étaient inconnus, les excès alcoollques étaient certains (tafia et vin de palmes).

De race fétichiste et — partant — consultant les « oracles » (kolas, rats blancs, poulets sacrifiés) si ces oracles étaient défavorables, c'était une excitation, une crise extatique se terminant par des attitudes érotiques et des mou-

vements passionnels, allant même une fois jusqu'à une automutilation de l'annulaire gauche.

Enfin, mentionnons ses récits imaginaires très précis avec un luxe de détails inouïs, permettant d'affirmer que le mensonge hystérique « n'est pas un vain mot ». Propriétaire de tous les « fiéssous » (plantations, en dialecte baoulé), il lui fallait un nombre incalculable de serviteurs pour cultiver ses immenses terrains, car toutes les plantes y étaient représentées : maïs sur les rives du N'Zi, mil sur la montagne des Agbas, ozonifiè (pomme de terre du Soudan) sur les collines de Kong!!!

* * *

Notre deuxième malade réalisait le « syndrome de Ganser », caporal à la 4^e brigade indigène Demba S..., outre des réponses à côté et absurdes, présentait un état crépusculaire hystérique, caractérisé principalement par des fugues. Peu de temps avant son arrivée à Ouossou, il était « parti en bombe » jusqu'au chef-lieu de la colonie à Bingerville. Ramené à sa compagnie, il avait gardé un vague souvenir de cette absence illégale. Ce tirailleur fut peu après renvoyé dans ses foyers. Il n'aurait, d'ailleurs, jamais dû être enrôlé.

IV

LYPEMANIE

Alors que j'étais Payeur au Soudan à Satadougou (poste fondé par le lieutenant Lebrun, le 21 septembre 1895 sur la Falemé à 320 kilomètres de Kayes), il m'a été donné d'observer un originaire du Fouta D'Jallon : Diadé S... Chercheur d'or dans les nombreux alluvions de la rivière Falemé (affluent de la rive gauche du Sénégal), beau type de « lypémanique ». Chez cet indigène, les mêmes idées délirantes professionnelles se répétaient constamment.

Il avait pris les pépites d'un camarade pour payer l'impôt et acquitter une patente de « dioula » (colporteur) et s'accusait également d'avoir causé sa ruine.

Le dégoût de la vie « *tædium vitæ* » était profond, joint aux idées de culpabilité, de ruine rapportées ci-dessus.

A l'examen, le malade présentait une dilatation pupillaire marquée, un facies grippé, un pouls alternativement ralenti et rapide, une respiration irrégulière, du refroidissement et de la cyanose des extrémités.

Négligé, malpropre, la tête inclinée sur la poitrine, les mains constamment sur les genoux, le malade restait de longues heures accroupi dans la cour de la résidence, indifférent à tout : aux tornades torrentielles comme aux ouragans de l'harmattan ; stupide, vivant dans un cauchemar qui l'absorbait, au point de le rendre insensible aux impressions du monde extérieur.

V

PARALYSIE GENERALE

Évacué de la Somme en novembre 1915 sur l'Hôpital maritime de Brest, nous y avons observé un cas de paralysie générale chez un Indigène ce qui est, nous l'avons déjà dit, assez rare, malgré la diffusion de la syphilis chez les races de couleur. Il est vrai que la syphilis n'est pas suffisante à elle seule pour développer la maladie de Bayle car, sans celà, la quantité des paralytiques généraux serait formidable puisque pour Fournier il y a une proportion de sept syphilitiques pour dix personnes et qu'une récente statistique d'après-guerre abaisse encore ce chiffre à : un spécifique sur cinq individus.

La paralysie générale étant une affection de la quarantaine, peu de cas, d'autre part, pouvaient être observés chez les Indigènes, chez qui, nous n'avons pas de classes de territoriaux.

En outre, Porot et Hesnard insistent sur ce fait que l'Indigène n'est pas un émotif et qu'il n'est jamais un surmené, car il « trouve dans sa passivité une défense naturelle contre toutes les sollicitations excessives ».

Nous ne faisons donc qu'indiquer que la paralysie générale de guerre ne diffère en rien au point de vue symptomatologique de la paralysie générale du temps de paix.

Tout au plus, n'est-il pas rare quand le malade fait de l'excitation, du délire mégalomane et de l'euphorie, qu'il emprunte aux faits de guerre les éléments de son délire qui se trouve ainsi coloré par des visions militaires.

Ajoutons que, personnellement, à Amiens, à l'Ambulance de la Sainte-Famille, dirigée par M. le professeur Monprofit (d'Angers), nous avons noté chez un paralytique général, originaire de la Guinée, un tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques et les mouvements choréïques relatés par Vallon et Marie.

VI

DEMENCE PRECOCE

Les Indigènes atteints de démence précoce étaient certainement malades avant l'incorporation. Atteints de paresse pathologique, ils refusaient d'obéir (négativisme), présentaient des stéréotypies de la physionomie (bouche en forme de groin, occlusion systématique des paupières), d'attitudes (poses théâtrales), des mouvements et des actes (promenades indéfiniment répétées à la même place avec le même nombre de pas, préhension des aliments avec le manche de la fourchette). Mentionnons également du « maniérisme » (signe de la main), l'ironie morbide du catatonique (ironie monotone et hors de propos) et enfin des fugues irraisonnées et puériles. C'est ce qu'on pourrait appeler la période médico-légale militaire de la démence précoce sur laquelle a insisté Haury.

Etant médecin auxiliaire à l'Hôpital de contagieux de Saint-Acheul, il m'a été donné d'évacuer sur l'Asile de Dury-les-Amiens en 1916, un tirailleur sénégalais M. D..., dont le négativisme se traduisait principalement par un mutisme absolu et un refus d'aliments catégorique pendant plusieurs jours.

Dans notre service, il présenta des idées absurdes et variables de persécution et de grandeur, d'hypochondrie et

d'auto-accusation exprimées dans un langage incohérent, mélangé de dialecte malinké et de français.

Il est à remarquer que la guerre créatrice d'états mélancoliques a aussi imprimé une coloration particulière aux symptômes habituellement observés. La fermeté nécessaire au maintien de la discipline, légèrement et légitimement exagérée dans les cadres européens des troupes noires retentit sur les délires et les hallucinations mélancoliques et se traduit chez les malades par la crainte d'avoir commis quelque infraction militaire, de n'avoir pas suffisamment fait son devoir, d'avoir trahi, entraînant par conséquence la peur de la justice militaire et de ses sanctions, la dégradation et le poteau d'exécution. Ainsi notre malade, après sa période de mutisme, ne cessait-il de répéter « Moi y a passer au Conseil, moi y a fusillé pour avoir trop mangé chocolat ».

Comme troubles somatiques, signalons l'abolition du réflexe cutané plantaire avec exagération des réflexes tendineux (syndrome de Maillard), de l'inégalité pupillaire, le signe de Piltz-Westphal, de la constipation, de la rumination, et de la sialorrhée.

Se livrant à des actes bizarres, sautant d'un lit à l'autre, sans se soucier de l'ordre qu'on lui donne de se recoucher, grimpant sur le radiateur, faisant des grimaces, ce malade passait ensuite des heures à même le sol, drapé dans une couverture, dans une immobilité de statue, ne sortant de cette immobilité que pour se livrer à des actes brusques et agressifs contre le personnel, ou s'approchant des portes et fenêtres pour tenter une évasion. Ces impulsions étaient d'ailleurs annoncées par des crises vaso-motrices (frémissement des muscles de la face surtout des paupières, larmoiement, etc.). Il ne coucha jamais dans son lit mais derrière, recroquevillé dans un coin du dortoir.

Malpropre, désordonné, indifférent à tout, il était atteint en outre de gâtisme.

Revu quelques mois après à l'Asile de Dury, l'indifférence était encore plus accentuée, signe le plus certain de la chronicité (Rogues de Fursac).

Amélioration de l'état général, retour à l'appétit, augmentation de poids, régularisation des fonctions organiques, selon la phrase pittoresque de Chaslin « le malade s'installait confortablement dans sa démence pour y durer longtemps ».

VII

PSYCHOSE COMMOTIONNELLE DE GUERRE

Bien décrite par Granet, Pitres, Gilbert-Ballet, Rogues de Fursac, Régis, Mairet, Villaret, P. Marie, Léri, Charon et Halberstad; cette psychose est tout à fait analogue à celle des accidents du travail, des cataclysmes géologiques (comme le tremblement de terre de Messine) et à celles succédant à la rencontre de deux trains (ou à une explosion comme celle de l'« Iéna » à Toulon), (torpillage de la « Provence », observation de Clunet).

Si l'émotion a agi différemment sur des soldats placés dans les mêmes conditions, c'est que l'on avait affaire à des prédisposés.

I. *Causes prédisposantes.* — 1° « Déséquilibrés de l'affectivité chez qui la constitution hyperémotive s'est déjà manifestée le plus souvent au cours de l'existence, à l'occasion d'émotions pénibles et qui réagissent aux faits de guerre, comme ils réagissaient aux événements de la vie ordinaire, mais d'une façon infiniment plus intense parce que l'excitant est plus puissant » (Gilbert-Ballet et Rogues de Fursac).

2° Par suite de tarés nerveuses héréditaires;

3° Par l'effet d'actions débilitantes et déprimantes (surmenage, dothiésentérie, diarrhée des tranchées) ;

4° Par une commotion antérieure qui, ayant la première fois préparé le terrain, a rendu le malade nerveux et irritable.

La cause réelle des états commotionnels n'est pas « l'obusite », mais l'émotion. La psychose dite commotionnelle de la guerre n'est en réalité qu'une émotion.

Un obus tombe dans la tranchée, trois cas peuvent se présenter :

a) Le soldat est projeté en l'air par l'explosion (fracture du crâne) ou enfoui dans son abri, reçoit des rondins et des cailloux sur la tête : c'est un *contusionné*.

b) Le soldat ne présente aucun signe de violence extérieure. La lésion cérébrale sera révélée par une hémorragie des centres nerveux produite par l'énorme variation de pression due à la libération des gaz par la combustion instantanée de la substance explosive : c'est un *commotionné*.

c) Chez un hyperémotif épuisé par les fatigues de la campagne, il y a simplement perte de connaissance : c'est un *émotionné*.

Causes déterminantes. — L'explosion n'a donc pas que des effets physiques, elle a aussi un effet psychique qui consiste en émotion choc (type C) ou « syndrome émotionnel » de Mairet et Piéron.

Cette émotion-choc intensifiée et fixée est due soit à une déflagration (bombes d'avions, mines, obus, torpilles aériennes, grenades) au voisinage du malade (cas le plus fréquent), soit à un traumatisme (plaies, commotions, ensevelissement dans un entonnoir), soit à une vision terrifiante (cadavres, mort d'un ami, incendies, etc.). D'ailleurs toutes ces causes peuvent se combiner.

Pour un total de 97 cas, on trouve les proportions suivantes (Rogues de Fursac).

Explosion	68
Explosion et choc émotionnel	10
Choc émotionnel	9
Explosion et traumatisme.....	6
Explosion, traumatisme et choc émotionnel.....	4

Signes. — Immédiatement après le choc : état aigu ou suraigu se caractérisant par de la stupeur ou par une agitation accompagnée de délire hallucinatoire.

1° Dans les cas légers pendant une courte période d'ahurissement, le sujet reste abasourdi, hébété, parle par monosyllabes, d'une voix éteinte, hésitante.

Deux ou trois jours de repos suffisent et tout rentre dans l'ordre.

2° Seule, dans cette étude, la deuxième phase nous intéresse : phase confusionnelle aiguë avec perte de connaissance (qui peut manquer ou être retardée) et ensuite stupeur et état onirique avec délire multisensoriel, délire de batailles (Boches, canons), pouvant durer quelques heures ou quelques jours (Milian).

Cette seconde période peut présenter trois sortes de troubles à allures subaiguës :

L'inhibition psychique, marquée par l'impuissance de penser, l'absence de tout souvenir, la diminution ou la suppression de la sensibilité, l'asthénie générale, « l'hésitation des mouvements et de la parole et les paralysies fonctionnelles dont le mutisme n'est qu'une variété ».

Outre l'incapacité de l'effort intellectuel, il y a surtout un triple trouble de la mémoire se caractérisant par de l'amnésie lacunaire, des troubles de la mémoire de fixation, et de la reproduction.

a) L'amnésie lacunaire s'observe après le choc causal. Le blessé sait qu'un obus a éclaté près de lui, mais ne sait pas comment et où il a été évacué. Il est obligé d'inscrire tout ce qu'il désire se rappeler (signe du calepin d'Oppenheim).

b) Troubles de la mémoire de la reproduction.

Il a oublié l'adresse de sa famille, sa ville de dépôt, son numéro matricule et même son nom.

c) Trouble de la mémoire de fixation : le commotionné se situe dans un hôpital parce qu'il verra autour de lui d'autres lits avec d'autres blessés, mais ignore le nom de la formation sanitaire dans laquelle il se trouve hospitalisé.

2° L'hyperémotivité caractérisée par un état permanent d'appréhension et par « l'inquiétude et les paroxysmes anxieux avec le cortège des désordres organiques qui accompagnent toute émotion violente : tremblement des membres, yeux exorbités, respiration haletante, troubles de la marche, pouls à 150, parole bégayante suivie de mutisme, états vertigineux, manifestations convulsives (crises d'hystérie).

3 L'hyperactivité imaginative, troisième élément fondamental de la psychose émotionnelle se manifestant par des rêves, du somnambulisme, des crises hallucinatoires épisodiques, assez rares d'ailleurs, et portant sur les bombardements, les charges à la baïonnette, le roulement des tambours et des visions de cadavres et de blessés.

Outre ces troubles psychiques, on a constaté des troubles subjectifs, se traduisant par des sentiments de fatigue et de lassitude, céphalalgie permanente s'exaspérant au réveil, et vertiges persistant parfois fort longtemps.

Signalons enfin des troubles névropathiques : « surditité » très fréquente (nous en avons eu un cas dans le service. Sergent B... entré en septembre 1919 et restant dix mois sans prononcer une parole). « Surdité pure » par

rupture du tympan avec bourdonnements d'oreilles; « cécité » (guérissant brusquement); tics (de la surprise, le plus fréquent s'exprimant par un mouvement d'épaule et le rejet de la tête en arrière); « chorée » (un cas observé dans une ambulance du XIV^e corps, stationnée à Marcelcave (Somme), suite d'une vive frayeur: camarade écrasé par un tank); épilepsie (suite d'ensevelissement par coup de mine).

* * *

L'évolution naturelle de la psychose émotionnelle de la guerre est vers la guérison.

Si l'explosion joue un rôle étiologique, il est infiniment probable que ce n'est qu'un rôle accessoire. Cette explosion n'a fait que déclancher un processus morbide préparé de longue date soit par une infection comme la syphilis si fréquente chez les Indigènes, soit par une prédisposition constitutionnelle.

Dans une paralysie générale, une démence précoce, ou une psychose hallucinatoire chronique, une explosion ne peut avoir que la valeur d'une cause adjuvante.

VIII

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE CHEZ UN TREPANE

M... est un solide Bambara qui, à la suite d'une fracture du crâne a été trépané (perte de substance osseuse du pariétal gauche de la dimension d'une pièce de un franc).

Ce malade a toujours été dans l'impossibilité de donner un seul renseignement sur son « Curriculum vitæ ». Il ne se souvient de rien, ni de son embarquement au Sénégal, ni de son débarquement en France.

A l'interrogatoire, il pleure, soupire, puis ne quitte plus des yeux un coin du plafond de notre bureau qui paraît l'intéresser prodigieusement.

Rit tout seul, aligne des petits cailloux dans la cour du quartier et s'emporte facilement si l'on veut le distraire de ce passe-temps inoffensif.

Quelques mois après, cet indigène refuse les aliments par crainte d'empoisonnement. « Y a pas bon ». Il se plaint d'avoir des grenades dans le ventre, puis un chemin de fer, puis une machine électrique. « Ça y a manière blancs » voulant dire par là, que ce sont nous autres Européens qui le soumettons à des effluves électriques.

Peu communicatif avec les autres indigènes de sa division, très réticent avec le personnel, halluciné, ce malade,

comme tout trépané, est un amnésique, un déprimé et un ralenti. Il présenta des hallucinations auditives. Ce fut le seul indigène chez lequel j'ai noté, d'après ses dires, pendant une période de rémission, l'hallucination auditive « bitonale », décrite par le professeur Mairét et consistant en des hallucinations bilatérales homogènes dans lesquelles la tonalité de la voix n'est pas exactement la même des deux côtés.

Remarquons, en passant, que chez les trépanés, pendant longtemps (deux ans au moins), persistent un état commotionnel se traduisant par des troubles de la mémoire (de fixation surtout) et des actes récents.

Il y a donc lieu de ne pas confondre les troubles de la mémoire chez les aliénés avec ceux des blessés du crâne.

IX

PSYCHOSE DE CONVALESCENCE

En 1917, au Centre de psychiatrie de la XI^e région, à Nantes, il nous a été donné de voir un cas de *psychose de convalescence de la pneumonie* (particulièrement bien étudiée par le professeur Mairét).

Cette confusion mentale aiguë, avec hallucinations multiples et agitation très vive, éclate — fait-il remarquer — d'une manière brusque dès les premiers moments de la convalescence, alors que la fièvre est tombée. Elle débute le plus ordinairement par des hallucinations et illusions de la vue et de l'ouïe. Les malades voient passer devant eux ou contre le mur des personnages fantastiques, des moines, des soldats, des fantômes qui défilent comme dans un panorama mouvant ou en des tableaux cinématographiques. Ils s'imaginent que ce sont des morts, des damnés; c'est le diable qui leur fait voir tout cela, qui les possède; à d'autres moments, au contraire, ils aperçoivent des personnages célestes, se croient inspirés de Dieu et prêchent des heures entières bruyamment, entrecoupant leurs discours d'ignobles sottises, de propos érotiques, d'actes de saleté. Ils entendent aussi des bruits de cloche, des glas, des voix accusatrices ou menaçantes et c'est

alors, qu'affolés, ils se précipitent violemment hors du lit pour se défendre contre ces dangers imaginaires, ou pour les fuir en se cachant derrière les meubles, en s'élançant vers la porte ou vers la fenêtre qu'ils enjambent parfois dans une de ces crises de panophobie impulsive.

Très souvent aussi, il y a des hallucinations ou des illusions du goût, créées ou entretenues par un état saburral intense et d'où naissent des idées morbides d'empoisonnement assez actives et assez tenaces parfois pour provoquer un refus complet de tout aliment, de toute boisson, et de tout médicament.

Ces symptômes de délire hallucinatoire nocturne, où diurne et nocturne selon leur degré, s'accompagnent d'une agitation motrice considérable, parfois suivie de stupeur. L'insomnie est la règle, l'état général est précaire, et surtout la dénutrition est marquée.

Ce délire « précritique » comme l'appelle Fontaine, ne dure que quelques jours, alors que les toxines pneumococciques sont à leur maximum d'abondance et de virulence, tandis que l'organisme et le cerveau épuisés par l'infection présentent leur minimum de résistance.

En effet, notre malade, un superbe Bambara, Mamadou B., dès la chute de température, à la défervescence, présentait de nombreuses hallucinations. Il ne cessait de répéter les mots de « Boches » (se croyant probablement encore sur le front), de « Marabouts » (se croyant alors à la mosquée de son village).

Un instant après, Mamadou se livrait à des gestes obscènes, hurlant dans le dialecte de son pays « bengala » (verge), « tiab » (vagin).

A maintes reprises, il refusa sa soupe, prétextant que la viande était du lion, et qu'étant de la famille des « diarra »

il ne pouvait manger son parent. Il fallut donc avoir souvent recours à la sonde pour l'alimenter.

Cette agitation dura une semaine, mais nous perdîmes de vue ce malade, une mutation nous ayant fait quitter notre dépôt.

X

DEXALGIE

Au sous-centre de psychiatrie de la XI^e région à l'hôpital de la Collinière à Doulon (banlieue de Nantes), dans le service de M. le docteur Maurice Ducosté, médecin-chef des Asiles de la Seine, il nous fut permis d'examiner plusieurs indigènes, commotionnés d'un genre spécial et d'autres atteints de « dexalgie ».

Pour les commotionnés atteints d'une lésion probable de sympathique céphalique, les principaux symptômes se résumaient en douleurs de tête pulsatiles, en peurs subites et en anxiété persistante.

Les troubles intellectuels s'exaspéraient chez ces malades dès qu'ils entendaient le bruit du canon ou rien qu'en y pensant. Ne pouvant plus rester au front, ces malades constituaient une classe spéciale de déserteurs, les uns dans la zone des armées, les autres voyageant des mois entiers dans les trains de permissionnaires, se nourrissant dans les cantines et les centres d'hébergement, véritables *déserteurs ambulants*, selon l'originale expression du docteur Ducosté de Neuilly-sur-Marne, échouant finalement un jour dans une formation sanitaire.

Naturellement, les très rares cas remarquables parmi les

Sénégalais se rapportaient à des individus ayant une connaissance parfaite de notre langue et d'un niveau intellectuel plus élevé que la plupart de leurs congénères.

* * *

Les « déxalgiques » forment une classe à part, surtout mise en lumière au cours de la campagne qui vient de se terminer.

Touchés au médian, ces blessés avaient sur le champ de bataille même un accès soudain de folie, hors d'eux-mêmes, courant au hasard en poussant des cris sauvages.

Evacués des postes de secours sur l'arrière, on remarquait chez ces malades une perte de mémoire, de la névrose d'angoisse, une sensation atroce de brûlure au bras : le jour pour les lésions du médian : la nuit si c'était le cubital qui était intéressé.

La dexalgie n'existe que s'il y a section complète du nerf.

Elle persiste même dans le sommeil.

Les crises initiales constatées à l'avant en première ligne par l'ébranlement dû aux tirs d'artillerie se continuaient également dans les trains sanitaires, provoquées par des manœuvres intempestives (arrêts trop brusques dans les gares, heurts des tampons des wagons contre les buttoirs).

Les émotions également, la vue des gravures même banales d'un catalogue, les réclames de modes, de corsetières, les variations barométriques, exaspèrent les douleurs de la dexalgie.

Calmée par les rapports sexuels, ces souffrances reprennent après le coït, précédé d'une émotion du désir. Nous

avons vu un malheureux dexalgique pousser des hurlements de douleur en évoquant les charmes de sa « mouso » (femme indigène).

La dexalgie, provoquant une paralysie vaso-motrice, on remarque que la main du membre lésé est violette, cyanosée si on l'abaisse et que cette même main est exsangue si le bras est élevé.

L'application de corps froid au point douloureux donne la sensation de brûlure (au contraire de la cryalgie).

Pour les dexalgiques du musculo-cutané, ils ont la sensation, dans le bain, d'être amputé du membre atteint.

La dexalgie du médian cède à la compression de l'humérale.

Quant au traitement, la question, toute d'actualité, n'est pas encore au point.

Selon une communication du médecin-major Ducosté, en 1916, à la Réunion médico-chirurgicale de la IV^e armée, sur les blessures des nerfs, l'adrénaline donnerait de bons résultats dans la paralysie vaso-motrice due à la dexalgie, alors que le menthol (excitant des corpuscules de Krausse et de Ruffini) serait sans action.

XI

CONFUSION MENTALE

Décrite par Georget et Delasiauve, isolée par Chaslin (1895), bien étudiée par Régis et Séglas, la confusion mentale est la maladie mentale qui représente le mieux « la pathologie acquise de l'homme sain ». Aussi tous les facteurs susceptibles de déterminer un épuisement rapide et profond de l'organisme se rencontrent dans l'étiologie de cette « psychose d'épuisement »; surmenage physique, émotions pénibles et prolongées, maladies infectieuses, grippe, paludisme, hémorragies abondantes et inanition (Rogues de Fursac).

Par suite est-ce une psychose qui a particulièrement touché les troupes en campagne : Européens comme Indigènes, par un triple surmenage : psycho-sensoriel (dû au pilonnage de l'artillerie provoquant de l'assourdissement, et une torpeur somnolente émoussant la sensibilité); neuromusculaire (par l'immobilité dans la boue des tranchées, les insomnies des travaux nocturnes, les marches forcées par tous les temps); émotif (par les émotions répétées du front), surmenage émotif agissant matériellement « en dépréciant le tissu nerveux, en altérant le métabolisme cellulaire, en adultérant les humeurs, en ralentissant ou en perturbant les activités glandulaires, le fonctionnement

des émonctoires, l'équilibre endocrinien (Poro et Hesnard).

Assayba A., 35^e bataillon de tirailleurs sénégalais, originaire du Dahomey, 25 ans, venant du Centre de psychiatrie de la XV^e région (hôpital militaire Michel-Lévy à Marseille), entré à l'Asile d'Aix le 25 mai 1919.

A son entrée, ce malade, très amaigri, était dans un état d'agitation paroxystique extrêmement violente, avec des impulsions à briser, à déchirer et à fuir.

Malgré une blessure par éclatement d'obus à la cuisse gauche, obligeant alors l'emploi de béquilles, ce tirailleur voulut, en effet, s'enfuir dès la grille de l'Asile franchie.

Il présentait, également, des hallucinations visuelles, et me prenant pour un « griot » (sorcier) de son village, me blessa d'un coup de couteau à la tabatière anatomique de la main droite, l'autorité militaire ayant négligé de le fouiller à son départ de Marseille.

Par la suite, ce malade eut du délire onirique ayant pour thèmes des charges à la baïonnette et des combats à la grenade.

Nous avons également constaté chez cet indigène des périodes d'excitation correspondant à des journées d'orage, influence atmosphérique, signalée par le docteur Toulouse (*Causes de la folie*, p. 147).

Sorti par guérison le 2 octobre 1920 rapatrié par Kotonou sur sa colonie d'origine, par paquebot « Salzbourg ».

Ajoutons qu'au front le début de la confusion mentale a souvent été une fugue dont le malade ne gardait aucun souvenir. Les expertises évitèrent toujours le Conseil de guerre à ces malheureux irresponsables de cet automatique ambulatoire.

D'un pronostic très favorable, 75 p. 100 des confus furent récupérés par l'armée.

XII

Les observations suivantes sont dues à l'extrême obligeance de M. le docteur Aymès le distingué médecin chef du Centre de psychiatrie de la XV^e région à Marseille).

OBSERVATION PREMIÈRE

Hypomanie

K..., 17^e bataillon de tirailleurs sénégalais. Entré au Centre de psychiatrie de la XV^e région le 9 juin 1920, venant de Beyrouth par le « Winh-Long », avec le diagnostic de : troubles hypomaniaques chez un débile intellectuel.

A l'entrée : agitation à peu près incessante. Passe d'un lit à l'autre, découvre les malades, rit, chantonne et sans transition menace l'infirmier. Déplace les objets environnant son lit. Tout cela sans grande violence cependant. Conserve même par moments une attitude en apparence disciplinée, lorsque le médecin est dans le voisinage de son lit. Sommeil très fragmenté.

Facies assez asymétrique. Oreilles de Blainville. Denture déformée. N'a pas l'aspect ouvert.

Débilité psychique fondamentale probable.

15 juin : se calme progressivement, mange bien, dort. Encore un peu instable, mais peut être rapatrié par les voies ordinaires.

Rapatrié le 23 juin 1920.

OBSERVATION II

Dépression mélancolique

D. D., 7^e bataillon de tirailleurs sénégalais. Entré au Centre de psychiatrie le 12 septembre 1919, venant de la place de Marseille, avec le diagnostic: en observation pour débilité mentale.

Arrive dans le service dans un état de malpropreté repoussante. Il se refuse à répondre. Un interprète n'obtient pas de meilleurs résultats. On ignore tout de ses antécédents tant personnels qu'héréditaires. Misère physiologique. Demeure alité à peu près continuellement. Se lève pour aller aux water-closets.

Se désintéresse de ce qui se passe dans la salle, ne retrouvant un peu d'énergie et de vivacité qu'aux heures des repas.

Se cache dans ses couvertures le reste du temps; facies stéréotypé dans la tristesse. Pas d'hallucinations.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier. Cicatrice de chancre à la verge?

Au point de vue neurologique: réflexes normaux. Sensibilité paraissant normale. Equilibre normal tant statique que cinétique. Pas de signe clinique de réaction méningée.

Rachicentèse donne un liquide clair non hypertendu.

Réaction de Bordet-Wassermann, faiblement positive.

Lymphocytose, positive.

Hyperalbuminose, 0 gr. 45 environ.

Injectons intra-musculaires de benzoate de mercure.

Trois injections de novarsénobenzol.

Diagnostic. — Dépression mélancolique chez un débile mental spécifique. Méningite spécifique secondaire latente?

Sorti, amélioré, le 30 décembre 1919, date de son rapatriement.

OBSERVATION III

B. A., né en 1893, 124^e bataillon de tirailleurs sénégalais, matriculé 8064.

Entré le 6 janvier 1920 à l'Hôpital temporaire Princesse-Marie, à Salonique, pour déficience mentale, entorse du cou-de-pied. Sorti le 26 janvier 1920 avec le diagnostic de déficience mentale et dirigé sur la base de Marseille par le « Duguay-Trouin ». Le médecin du bord note qu'il aurait fait une fugue de trois jours étant à l'hôpital de Salonique et aurait été retrouvé à sa caserne distante de 8 kilomètres. A été trouvé à son retour porteur d'un long poignard. Pas d'agitation. N'accuse aucune douleur. Se méfie des aliments qu'on lui présente.

Entré le 2 février 1920 au Centre de psychiatrie.

Se laisse docilement conduire à son lit.

Pas d'agitation. Ne s'intéresse à rien de ce qui l'entoure; demeure même de longs moments immobile comme absorbé en lui-même; pas d'anxiété appréciable.

Demeuré au lit parfois toute une journée. Les trois premiers jours, sitiophobie intermittente.

26 février 1920. — S'alimente bien; dort; calme et tranquille, mais même allure de tristesse.

A l'examen somatique, on trouve que les divers orga-

nes et appareils sont normaux. Réflexes tendineux, cutanés, viscéraux intacts.

Pas de troubles sensitifs, ni trophiques.

Réaction de Wassermann, négative.

Diagnostic. — Dépression mélancolique avec sitiophobie intermittente.

Rapatrié le 25 mars 1920.

OBSERVATION IV

B. C..., 16^e bataillon de tirailleurs sénégalais.

Entré le 16 décembre 1919, à l'Hôpital militaire Michel-Lévy, à Marseille, salle Desgenettes (psychiatrie).

Vient de Constantinople où il aurait été hospitalisé pour douleur persistante de la hanche. Son billet d'hôpital porte la mention suivante: « Ne présente rien d'anormal, au niveau de la hanche ». La radiographie n'a rien révélé. Depuis quelques jours, troubles mentaux manifestes. A cessé pendant deux jours de prendre toute nourriture. Errait la nuit. S'est précipité par la fenêtre d'un premier étage. Répond mal ou ne répond pas aux questions que lui posent ses camarades. Urine n'importe où. Légère diminution des réflexes. Pas de troubles de la sensibilité.

Depuis son entrée au Centre de psychiatrie, est toujours couché ou immobile devant son lit, le visage anxieux, la tête baissée. A conservé le sens de la discipline; lorsqu'on s'approche de lui, rectifie automatiquement la position et prend une attitude correcte. Répond bien aux questions posées, déclarant qu'il veut retourner chez lui et qu'il souffre énormément du côté. L'auscultation ne révèle rien. Pas de température. S'alimente et dort.

Les désordres des actes et de la tenue signalés sur son billet d'hôpital ont disparu.

Quelques ventouses et un gramme d'aspirine ont calmé la douleur thoracique et coxale. La dépression mélancolique seule persiste.

Analyse d'urine = normale.

Réaction de Bordet-Wassermann, négative.

Diagnostic. — Dépression mélancolique avec éléments anxieux et hypochondriaques. Pas de troubles des actes.

Rapatrié le 10 janvier 1920.

OBSERVATION V

Le Sénégalais X... rentre le 16 août 1919 au Centre de psychiatrie, par ordre du médecin-chef de l'Hôpital militaire de la rue de Lodi.

Rencontré dans la cour intérieure de cet hôpital, en proie à une vive excitation, cet indigène s'était précipité, brandissant un couteau, sur des camarades qui l'auraient, paraît-il, taquiné.

Aucun renseignement. Amputé au tiers moyen de la jambe droite, à la suite d'une blessure de guerre vraisemblablement.

A l'entrée, X... est extrêmement agité. Défait son lit, retourne son matelas et frappe continuellement son oreiller qu'il semble prendre pour un personnage imaginaire auquel il adresse des injures et qu'il bat ensuite. A certains moments, le malade monte sur son lit, se dresse sur son unique jambe et harangue des auditeurs supposés. Cet état ne s'atténue pas sensiblement la nuit. Le désordre des actes reste le même. Au cours de cette période qui dure huit jours, le malade s'alimente très peu, renversant les

aliments servis et se salissant avec ces mets qu'il malaxe et projette un peu partout. Gâtisme très intermittent. Par la suite, l'état de cet homme s'améliore sensiblement. L'excitation maniaque disparaît; le malade se laisse interroger et répond en souriant aux questions qui lui sont posées. Il s'alimente, dort la nuit et muni de ses béquilles descend dans la cour. Toutefois, même pendant cette période, il n'est pas possible de pratiquer une ponction lombaire, ni même une prise de sang, le sujet s'opposant avec la dernière énergie à tout examen somatique (peut-être débilité mentale). L'état du malade reste sans changement jusqu'au 28 septembre, date à laquelle il recommence à se montrer préoccupé, à soliloquer et à refuser sa nourriture. Cette crise diffère de la précédente: à l'excitation, en effet, a succédé un état dépressif accompagné d'anxiété et de larmes. Au lieu de chercher à exercer des violences sur son entourage, le malade prend la main des médecins et des infirmiers qu'il embrasse avec effusion. L'état physique s'est altéré, les traits sont tirés, la langue est saburrale, rôtie; l'haleine très fétide. Pouls: 60; température rectale: 37°6. Urines normales.

Au 9 octobre, l'état s'est aggravé, l'excitation est apparue à nouveau et très accusée. Le malade renverse son lit, frappe le mur, maltraite son moignon qu'il enduit de soupe ou de purée, s'agite toute la nuit, se roule par terre au milieu de la salle et cause sans arrêt souvent sur un ton de violence. Sa logorrhée n'est parfois qu'un marmottement inintelligible. Quelques rires et chants.

Diagnostic. — Folie intermittente à double forme avec désordre des actes et de la tenue. Troubles du sommeil. Sitiophobie intermittente dans les périodes maniaques. Tristesse, anxiété, pleurs. Hyperaffectivité. Altération des fonctions organiques dans la phase mélancolique.

Le 11 octobre 1919, ce cyclothymique est interné à l'Asile de Saint-Pierre à Marseille.

OBSERVATION VI

Débilité mentale avec éthylysme

M. K..., tirailleur sénégalais au D. C. F. I., entré le 29 septembre 1919 venant de l'Hôpital de la Charité. Excès alcooliques.

N'a présenté aucun trouble apparent durant les premiers jours de son hospitalisation. S'alimentait et dormait normalement, recherchait la compagnie de ses camarades.

Quelques jours après, lorsqu'on a voulu pratiquer sur ce malade une prise de sang pour une réaction de Bordet-Wassermann, cet indigène est entré dans une extrême fureur, a bousculé le médecin-major et les infirmiers, s'est saisi d'un balai dont il menaçait ceux qui essayaient de l'approcher, s'est enfui de la salle et n'a pu être maîtrisé qu'au poste du sergent-concierge à la sortie. Cette crise de fureur a nécessité l'emploi de moyens de contention durant quelques heures. Troubles du sommeil. Halluciné, crie, montre avec ses doigts des êtres invisibles qu'il veut repousser.

Le lendemain, calme, le malade s'est décidé à laisser pratiquer la prise de sang et n'a plus présenté de troubles nerveux depuis.

Aide les infirmiers dans leur service, nettoie la salle et paraît regretter les actes de violence auxquels il s'est livré.
L'examen somatique n'a rien révélé de spécial.

Examen du système nerveux. — Les pupilles sont normales, égales et réagissent bien. Réflexes normaux. Ré-

flexes rotuliens peut-être un peu vifs, principalement à gauche.

Pas de troubles de la sensibilité objective. Pas d'amyotrophie.

Foie un peu débordant. Rate percutable.

Réaction de Bordet-Wassermann: positive.

Un traitement spécifique est institué, injections intra-fessières de benzoate d'hydrargyre et intra-veineuses à 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60 de novarsénobenzol « Billon ».

Excès éthyliques fréquents avoués.

Evadé le 1^{er} décembre 1919. Réintégré le 4 décembre 1919.

A rapatrier.

OBSERVATION VII

Mutité de nature psychique.

D. N..., tirailleur de 2^e classe au 31^e bataillon de T. S., entré au Centre de psychiatrie (84, rue de Lodi, à Marseille), le 8 novembre 1919.

Calme, tranquille, ne quitte guère le voisinage de son lit, ne paraît s'intéresser à rien. Allure de déprimé doux et triste.

Pas d'hallucination appréciable. Pas de délire évident.

Mutisme absolu à toute question posée même en dialecte de son pays. Comprend cependant et exécute les ordres qu'on lui donne.

Pas de stéréotypie.

Paraît avoir du plaisir à apprendre qu'il sera rapatrié en A. O. F.

Examen somatique. — Force musculaire bonne, même à résistance. Pas de parésie des membres. Inégalité pupillaire D > G, mais pupilles régulières réagissant bien aux

distances et à la lumière. Réflexes achilléen, rotulien, normaux; cutanés normaux ainsi que les viscéraux.

Pas de Babinski, ni de Mendel.

Pas d'aphasie, ni de cécité et surdité verbales. A plusieurs reprises a été entendu parlant seul.

Léger négativisme; se refuse à ouvrir la bouche même quand on tente d'abaisser son maxillaire inférieur.

Rachicentèse pratiquée le 4 décembre 1919. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Liquide normal au point de vue chimique et microscopique.

Diagnostic. — Dépression mélancolique avec mutisme absolu, sans anxiété nette, ni état hypocondriaque, ni hallucination appréciables. Légère inégalité pupillaire $D > G$.

Réaction de Wassermann sur liquide céphalo-rachidien négative.

Rapatrié le 24 décembre 1919.

OBSERVATION VIII

Mélancolie post-encéphalitique

A. L..., 125^e B. T. S., se présente à la visite à Stamboul, le 24 décembre 1919 pour « diarrhée, bronchite légère et conjonctivite ». Le médecin du bataillon note de plus, une démarche hésitante, de la maladresse et de la lenteur des gestes, une passivité exagérée. Admis à l'infirmerie, il y dort constamment pendant une journée, ouvrant à peine les yeux pour répondre aux interrogations, se replongeant dans le sommeil dès qu'il est laissé à lui-même.

A son capitaine, qui fait une enquête à son sujet, il donne l'impression d'avoir, depuis le 20 décembre 1919, « perdu la tête »; il accuse de plus des douleurs violentes, se lève

la nuit pour se coucher à même le plancher, présente du mutisme.

Evacué le 3 octobre 1920 sur l'hôpital de Mal-Tépé, avec le diagnostic: « en observation pour troubles mentaux ».

A l'entrée, le médecin-major Costedoat note de la désorientation dans le temps et dans l'espace; de l'amnésie de fixation, de la lenteur des réponses, mais aucun délire, aucune hallucination.

Au point de vue somatique, asthénie généralisée sans parésie.

A la face, on constate: ptosis des paupières supérieures, obligeant le malade à incliner la tête en avant pour regarder autour de lui; ophtalmoplégie extrinsèque (6° paire); inertie faciale; sialorrhée constante.

Aux membres: hypoesthésie généralisée.

Réflexe rotulien gauche aboli; droit, vif, avec ébauche de trépidation spinale pour le pied droit, Pas de Babinski. Pas de Kernig.

Urines normales.

Le malade dort tout le jour et toute la nuit d'un sommeil calme, régulier, d'où l'on peut le tirer en insistant.

Hyperthermie dans les premiers jours. Au 10 janvier, température: 37°4 (axillaire).

Réaction de Wassermann du sang, négative; pas de tripanosomia Gambiense.

Rachicentèse le 9 janvier: liquide clair, légère lymphocytose, légère hyperalbuminose.

10 janvier. — Apparition d'un syndrome parkinsonien avec rigidité, attitude soudée, démarche à tous petits pas, tremblement de la main droite au repos, disparaissant dans les actes volontaires. Pouls: 70.

15 janvier. — Catatonie; parésie du membre inférieur gauche.

10 février. — Amélioration générale et disparition du syndrome parkinsonien; plus de paralysies oculo-palpébrales; pupilles paresseuses.

18 mars. — Rachicentèse: liquide clair, normal.

Un peu de somnolence passagère; assez grosse parésie intellectuelle.

Evacué en France, ce malade entre au Centre de psychiatrie de Marseille le 27 mai 1920, avec le diagnostic: « Convalescent d'encéphalite léthargique. Somnolence passagère. Fatigabilité, asthénie ».

Température à l'entrée: 37°4.

Troubles digestifs: état sabural des voies digestives supérieures, anorexie, constipation.

Troubles du sommeil nocturne (fragmentation).

L'aspect général n'est cependant pas mauvais. Attitude légèrement enraidie, mais rien qui rappelle le parkinsonisme même fruste.

Divers organes et appareils normaux. Pouls: 68. Hypotension artérielle, 14-8.

La température rectale retombe rapidement à 36°8.

Urines: ni glucose, ni albumine.

Le malade présente, à un degré marqué, de l'inertie, de l'apathie. Alité ou debout au voisinage de son lit, il n'adresse la parole à personne, pas même à l'un quelconque de ses frères de race cependant nombreux dans la salle. L'un d'eux que ses troubles psychiques ont rendu particulièrement compatissant aux infortunes d'autrui est fréquemment à son chevet, lui prodiguant des démonstrations un peu puériles d'amitié. Il ne semble pas s'en apercevoir, ou parfois repousse sans violence le fâcheux. Regard éteint, ensemble du facies vaguement douloureux et concentré; quelquefois même, un gémissement corrobore cette apparence.

A de rares instants, l'asthénie physique cesse pour faire place à une très légère et fugace subagitation qu'il est difficile de rattacher à un trouble sensoriel (hallucination ou illusion), ou à une idée délirante secondairement apparue dans cette conscience si malaisément explorable.

Pas de négativisme; pas de catatonie. Pas de gâtisme. Aucune tentative de suicide.

Sitiergie intermittente, n'allant pas jusqu'au refus complet d'aliment.

EN RÉSUMÉ, mélancolie simple avec légère concentration douloureuse, prédominance de ralentissement psychique et d'inertie, sans hallucination, ni délire, état psychopathique séquelle d'encéphalo-myélite, ayant comporté, en outre, des symptômes classiques, des troubles confusionnels initiaux, des signes d'excitation pyramidale parcelle et un syndrome parkinsonien fugace.

Ajoutons qu'à Montpellier, M. le professeur Euzière a signalé un cas semblable. Après la guérison de l'épisode aigu fébrile, le malade devint mélancolique (*Languedoc médical*, 1920, n° 27). Des séquelles d'encéphalite léthargique sont également rapportées par MM. Klippel, Logre, Briand et Kahn (*Archives de neurologie*, vol. II, 13^e série, 1920, p. 36, 37, 38).

XIII

AFFECTIONS DIVERSES

I. *Neurasthénie*. — « La neurasthénie est essentiellement un syndrome de fatigue excessive et prolongée de surmenage physique et psychique » (Léri).

Le même auteur explique la rareté relative de la neurasthénie de guerre en mettant en valeur « l'influence favorable de l'occupation, de l'activité utilement déployée, de la vie en commun, qui, par l'excitation qu'elles déterminent, contrebalancent jusqu'à un certain point les effets déprimants de la fatigue et de l'émotion ».

L'armée noire a été très peu touchée par cette névrose.

II. *Angoisse de guerre*. — « L'angoisse de guerre, dit M. Rénon, n'est pas une maladie nouvelle. C'est le développement, au cours de la dernière campagne, de « l'état névropathique spécial qui s'observe à l'occasion de toutes les grandes catastrophes, tremblements de terre, incendies, épidémies, soumettant l'individu à un choc moral intense » (Laumonier).

Rare au régiment, comme l'a fait remarquer le professeur Dupré, l'immense majorité de notre armée étant constituée par des hommes bien équilibrés qui réagissent dans un sens opposé et acquièrent par la répétition des chocs

émotifs une véritable immunité émotive, il y en eut cependant quelques cas chez des Sénégalais qui présentèrent une tendance incoercible à l'agitation, une mobilité de tout le corps avec impossibilité de rester en place : inquiétude (« in quies », absence de repos).

Pour les élèves du professeur Dupré, MM. Devaux et Logre cette angoisse (*angustia* : resserrement) serait « une forme d'émotivité viscérale et profonde, actuellement caractérisée par le spasme des muscles lisses ».

L'appétit diminue et beaucoup de ces indigènes eurent du côté de l'estomac, des phénomènes spasmodiques, leur faisant accuser « un poids ou une barre sur l'estomac » (Bardet).

Consécutivement survient une dénutrition plus ou moins accusée.

M. Heckel a fort bien insisté sur les relations des troubles nerveux émotionnels et des troubles de la nutrition. N'y aurait-il pas lieu de les rapprocher de ceux de la « leptunisie endémique » du professeur Raphaël Dubois (de Lyon), due au changement de nourriture et aux fatigues de la campagne ?

Probablement à ces deux causes, associées à une troisième : l'émotivité.

III. *Alcoolisme*. — Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au début de cette étude.

Ajoutons seulement que l'alcoolisme qui, en 1914, n'était qu'une intoxication de l'arrière, par la suite a sévi partout pour le plus grand bien des « mercantis » éhontés, pourvoyeurs des Centres de psychiatrie.

Allant jusqu'aux tentatives de suicide, faisant suite à des idées de culpabilité et d'indignité, il importe de signaler que les hallucinations visuelles étaient, comme celles de

l'ouïe, colorées par la guerre. Plus de zoopsie : le Boche hideux remplaçant les rats, les lions, les serpents.

IV. *Simulation*. — A notre connaissance aucun cas, l'indigène étant trop avide de sa liberté pour risquer — la guerre finie — de rester entre les quatre murs d'un Asile, alors que ses camarades seraient retournés au village se prélasser sur leurs nattes toute la journée, les femmes en A. O. F. seules, cultivant les « lougans » et s'occupant de la cuisine.

Si « l'armée est une école de simulation, même en temps de paix » pour Lépine, le tirailleur n'en a pas suivi les cours, et — à la rigueur — aurait, croyons-nous, préféré une auto-mutilation.

XIV

TRAITEMENT — EVOLUTION — MORTALITE

I. *Traitement.* — Identique à celui employé avant la guerre, nous n'avons pas à l'envisager ici.

Résumons simplement que la cure d'alitement prolongé fut toujours employée avec succès. Excellent moyen de surveillance, le lit, en outre « réduit au minimum la consommation morbide des forces » (Régis).

Contre l'agitation nous avons obtenu de bons résultats en associant à parties égales (2 gr.) les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium (Charcot, Polybromure de l'Ecole de la Salpêtrière).

Egalement, la balnéation prolongée nous donna des résultats satisfaisants.

Contre la sitiophobie, le régime de soude fut ordonné à raison de 2 litres de lait et deux jaunes d'œufs par 24 heures.

Enfin, pour les épileptiques, nous venons de mettre à l'essai le traitement par le tartrate borico-potassique préconisé par Pierre Marie: $\text{CO}^2\text{H} - \text{CHOH} - \text{CHO}$ (BoO) CO^2K .

Tartrate borico-potassique, 20 gr.; glycérine pure, 10 gr.; eau distillée, q. s. pour 300 cc. (3 cuillerées à soupe par

jour de cette solution, soit 3 gr. de tartrate borico-potassique « pro die ») (1).

Disons enfin que, nulle part, nous n'avons vu appliquer l'« opendoor » des Anglais.

II. *Evolution.* — Plus favorable pour les Sénégalais que pour les Algériens (est-ce à cause de la très grande fréquence de l'épilepsie chez ces derniers?). La direction du Service de Santé de la XV^e région a pu rapatrier, le 14 février 1919 par le paquebot « Flandres », 22 indigènes de notre service d'Aix sur Dakar. L'A. O. F. ne possédant pas d'Asile, c'est dire que tous ces tirailleurs étaient guéris ou tellement améliorés qu'ils pouvaient réintégrer leurs cases sans inconvénients pour leur entourage. De retour dans ses foyers, l'Indigène pour ne pas rechuter devra éviter de manger de la cervelle d'autruche s'il ajoute foi à une vieille croyance soudanaise qui veut que l'absorption de cette substance donne des troubles mentaux!!! (2). Et pourtant un célèbre débauché, l'empereur Héliogabale, en faisait une grande consommation, confiant en certaines propriétés aphrodisiaques (?) Par contre, à Madagascar — telles les eaux du Lethé (ληθη = oubli) pour les héros de l'Odyssée — c'est le pâté de rate de porc qui ferait perdre la mémoire aux Malgaches!

Depuis l'année dernière, par de nombreuses évacuations individuelles, nous avons également dirigé sur le dépôt des isolés coloniaux à Marseille, plusieurs Sénégalais aux fins de rapatriement.

(1) Pour le même motif, paraît-il, les paysans s'abstiennent de consommer les cervelles de porc en Auvergne.

(2) Communication faite à l'Académie de Médecine le 1^{er} juin 1920, par MM. les professeurs Marie, Crouzon et Bottier.

III. *Mortalité.* — En égard aux changements de climat, de « *modus vivendi* », la tuberculose a causé de grands ravages chez les Noirs ainsi que la dysenterie amibienne. Le paludisme ne frappant que l'Européen, nous n'avons eu aucun décès par l'hématozoaire de Laveran.

Presque tous nos décès furent dus au bacille de Koch, ce qui d'ailleurs est normal puisque déjà Esquirol signalait l'extrême fréquence de la tuberculose dans les Asiles et que, pour Brouardel en France la mortalité due à la phthisie est trois fois plus considérable parmi les aliénés que parmi les individus sains d'esprit.

* * *

Internés en vertu de l'article 544 du règlement du Service de Santé, étant considérés comme hospitalisés, les militaires indigènes sont à la charge du ministère de la Guerre, jusqu'au jour où — réformés sur pièces — par le Centre de réforme le plus voisin de l'Asile où ils sont internés (C. S. R., n° 42, caserne Audéoud à Marseille pour Aix). Avec une invalidité de 100 p. 100, il leur revient une pension de 2.400 francs par an. Dès lors, redevenus civils, ils sont régis par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Au début de la guerre, la circulaire ministérielle du 3 juin 1897 (B. O., vol. 83), basée sur l'opinion commune qu'affection mentale est synonyme d'aliénation mentale chronique était encore en vigueur et tout militaire interné devait être réformé d'office.

Alors que la question des effectifs a été la grave et constante préoccupation du G. Q. G. on voit quel déchet (50 p. 100 au moins), aurait amoindri les unités combattantes. Cette circulaire désuète a été heureusement abolie, et on a

éviter le plus possible l'internement sauf pour les incurables avérés, car les soldats remontés en ligne auraient eu une tendance — faiblesse humaine bien compréhensible — à jouer d'un premier internement pour se faire évacuer à nouveau.

D'abord réformé arbitrairement n° 2 suivant l'instruction ministérielle du 22 octobre 1915, modifiée par celle du 12 mars 1916 et du 24 juillet 1916, le seul fait de la mobilisation est maintenant une cause suffisante de présomption et d'imputabilité et en vertu de la loi du 31 mars 1919 (articles 10 et 12), les aliénés reçoivent actuellement une gratification de 100 p. 100 sur laquelle on défalque leurs frais d'entretien à l'Asile.

Depuis le 1^{er} juillet 1920, les mutilés et grands blessés de 100 p. 100 touchent 1.000 francs de supplément, ce qui porte la pension d'un simple soldat à 3.400 francs (allocation spéciale n° 4, suivant le décret du 5 août 1920) plus une majoration temporaire progressive pour chacun de leurs enfants.

Le restant — morceau de pain en France — est encore assez appréciable pour la femme indigène, véritable « veuve » de guerre en réalité, l'éloignement de nos possessions africaines lui interdisant toute visite dans la métropole et pour qui le mari est encore le vrai « pater familias » de l'antiquité.

CONCLUSIONS

Donc, la folie n'est pas le triste apanage des civilisés. La guerre a été presque sans influence sur la paralysie générale, très rare chez les Indigènes, malgré le lourd tribut payé à la syphilis et à l'alcoolisme. Mais la date d'apparition de la paralysie générale par rapport à celle de l'infection spécifique peut être avancée. La guerre a donc accéléré l'évolution de la paralysie générale progressive.

Toutes les races sont susceptibles de folie, et contrairement à l'opinion de Savage pour qui la guerre abaisse plutôt qu'elle n'élève les cas de folie en fournissant une dérivation à l'esprit — renforçant la théorie de Jacoby et du professeur Régis, nous estimons que les grandes hécatombes humaines contre les puissances centrales sont comparables au point de vue psychique à des catastrophes cosmiques et au même titre que les éruptions de volcan et que les tremblements de terre, déterminèrent des troubles cérébraux indubitables collectifs, à forme contagieuse. Telle était déjà l'opinion des médecins russes pour lesquels — lors de la guerre russo-japonaise — les aliénés furent une véritable complication (plus de deux mille évacuations).

Pinel a émis la même opinion à l'époque de la Révolution. Seul, Lunier dans son rapport après la guerre de 1870-71, indique une diminution du nombre des aliénés, mais ceci paraît en relation directe avec le désarroi de

l'administration militaire lors de l'année terrible, désarroi s'étant traduit par le manque de statistiques et la perte des archives.

Morel a été jusqu'à dire que les révolutions guérissaient plus de déséquilibrés qu'elles n'en produisaient. La vérité est que ces bouleversements mondiaux mettent en lumière des « demi fous » qui, en temps de paix, fussent passés inaperçus et ont, aussi, pour effet d'engendrer — vu l'influence du milieu — un délire anxieux, de l'exaltation patriotique, de la folie des foules.

Est-ce à dire — avec Morel — que les enfants conçus pendant ces époques troublées subissent le contre-coup des émotions violentes éprouvées par leurs parents ? Il sera difficile de le prouver chez les Indigènes rapatriés dans nos colonies respectives, et — dans la Métropole — nous espérons n'avoir pas à le constater, quoique les « enfants du siège » nés dans la population parisienne après l'investissement de Paris en 1871 et pendant la Commune aient donné une très forte proportion de prédisposés à l'aliénation mentale, prouvant ainsi l'influence nuisible des émotions de la mère sur le développement cérébral du fœtus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Archives de neurologie (P.-M. Legrain et A. Marie), 1920.

BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre. *Collection Horizon*, 1917.

BARUK (Jacques et BESSIÈRE (René). — Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre. Siraudau, Angers, 1920.

BÉNARD (Alfred). — Traitement de l'épilepsie par le tartrate borico-potassique. *Thèse de Paris*, 1920-21.

BESSIÈRE (René). — Rapports du centre de neuro-psychiatrie d'Evreux, août 1918.

BLANCHARD. — Les troubles psychiques dans les psychonévroses; leur physionomie clinique. *Sud médical*, 15 mai 1920, p. 1201-1202.

CAPGRAS et BESSIÈRE (René). — Délire d'interprétation consécutif à une commotion par explosion de torpille. *Revue neurologique*, mars-avril 1918.

CODET. — *Journal des praticiens*, 20 septembre 1919.

COLLIN et SARRAZIN. — *Société de clinique mentale*, 17 novembre 1919.

DÉJERINE (J.) et GAUCKLER (E.) — Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. *Pr. médicale*, n° 64, 30 décembre 1915.

— *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*.

DELARUE. — *L'Encéphale*, journal de neurologie et de psychiatrie.

DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux*, Masson, 1917.

DUBOIS DE SAUJON. — *Bull. gén. de thérap.*, avril 1916, p. 821.

DUMAS (G.). — *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Alcan, 1919.

DUPRÉ. — *Soc. de méd. légale*, mars 1918.

— et CAMUS (Paul). — *Précis de psychiatrie*, Baillière et fils.

EUZIÈRE (J.). — Les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique. *Languedoc médical*, n° 27, 10 août 1920.

FRANÇAIS (Henri) et BESSIÈRE (René). — Les séquelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés. *Revue neurologique*, mai-juin 1918.

GENIL-PERRIN. — Le facteur paranolaque en criminalité de guerre. *Annales médico-psychologiques*, Masson, janvier 1920.

GILBERT-BALLET et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles; psychoses par commotion nerveuse et choc émotif. *Paris médical*, n° 7, janvier 1916.

GRASSET. — Le traitement des psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, n° 52, 28 octobre 1915.

GUÉPIN. — Communication à l'Acad. des sc., 22 mars 1915.

GUILLAIN (G.). — Un syndrome consécutif à l'éclatement des gros projectiles sans plaie extérieure. *Presse médicale*, n° 6, 31 janvier 1916.

— Crises épileptiques suites d'éclatement de projectiles et de mines. *Réunion médico-chirurgicale de la VI^e armée*, 3 mai 1915; *Presse médicale*, n° 22, 27 mai 1915.

- GUILLAIN et BARRÉ. — Travaux neurologiques de guerre, Masson, 1920.
- HAURY. — Les anormaux et les malades mentaux au régiment, Masson, 1914.
- HECKEL (Francis). — La névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse. Masson, 1917.
- HOVEN (de Lierneux). — Rapport sur les psychoses post-traumatiques. *Société de médecine mentale de Belgique*, Bruxelles, 26 septembre 1920.
- IVO GEIKIE COBB. — A manual of neurasthénia (neurous exhaustion), 1920.
- JONES (Ernest). — Traitement of the neuroses, 1920.
- KAHN. — La paralysie générale et la guerre. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1919.
- KIRBY (A.). — A study in race psychopathology. New-York *State Hospitals Bulletin new séries*, vol. 1, n° 4.
- KOESSLER. — Psychonévroses de guerre. *Thèse de Strasbourg*, 1920.
- LAUMONNIER. — La guerre et le système nerveux *Correspondant médical*, juin 1915, p. 253.
- LÉPINE (Jean). — Troubles mentaux de guerre. *Collection Horizon*, Masson, 1917.
- LÉRI (André). — Commotions et émotions de guerre. *Collection Horizon*, Masson, 1918.
- LEROY. — Discussion sur les troubles nerveux par déflagration. *Revue neurologique*, p. 596, 1916.
- LEMOINE (A.). — Rapidité anormale de l'évolution de la paralysie générale chez les combattants, 1919.
- LIÉBAULT (G.). — Les troubles de la parole et les commotions de guerre, 1918. Vigot frères.
- MALLET. — Psychoses de guerre. *Traité de pathologie médicale d'Emile Sergent*, t. VII: psychiatrie, 1920.
- MAC-AULIFFE (Léon) et CARREL (Armand). — Communication à l'Acad. de méd., mai 1917.

- MAIRET. — Article sur la paralysie générale dans le *Traité de thérapeutique appliquée de A. Robin*.
- MARGAROT et FRAISSE. — Essai sur le rôle pathogène des émotions; le syndrome émotionnel et les maladies nerveuses. *Sud médical* 15 janvier 1920, p. 1129-1152.
- MILIAN. — L'hypnose des batailles. *Paris médical*, 2 janvier 1915.
- Médecine mentale de guerre*. — Bulletin de la Société clinique de médecine mentale, p. 116, Doin, 1920.
- MONTÉBAULT (E.). — Contribution à l'étude des maladies mentales chez les militaires pendant la guerre. *Thèse de Paris*, Jouve, 1916.
- POROT (A.) et SENGÈS (N.). — La paralysie générale chez les Arabes. *Annales de médecine*, n° 6, 1919.
- POROT et HESNARD. — Psychiatrie de guerre, 1919.
- RAVAUT (Paul). — Les hémorragies internes produites par le choc vibratoire de l'explosif. *Presse médicale*, n° 15, 8 avril 1915, p. 114.
- RÉGIS (E.). — Précis de psychiatrie, 5^e édition. *Collection Testut*, 1916.
- RÉMOND (de Metz). — Précis des maladies mentales, 2^e édition, *Collection J. Lamarre*, 1917.
- RÉNON (L.). — Angoisse de guerre. Communication à la Soc. de thérap. in *Bull. gén. de thérap.*, mars 1916, p. 785-791.
- ROGER (H.) et AYMÈS (G.). — Mélancolie et pseudo-mélancolie post-encéphaliques. Communication au Comité médical des Bouches-du-Rhône, 8 octob. 1920 et *Marseille médical*, nov. 1920, n° 21, p. 1075.
- ROQUES DE FURSAC (J.). — *Manuel de psychiatrie*, 5^e édit., Félix Alcan, 1917.

- ROUSSY (G.), BOISSEAU (J.), D'ELSNITZ (M.). — Traitement des psychonévroses de guerre. *Collection Horizon*, 1918.
- ROUSSY (G.) et LHERMITTE (J.). — Psychonévroses de guerre. *Collection Horizon*, 1917.
- SARRAZIN (Victor). — La paralysie générale et la guerre. *Thèse de Paris*, 1920.
- SERGEANT (Emile), RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, livre VII, Maloine, 1920.
- SOLLIER et CHARTIER. — Commotions par explosifs. *Paris médical*, 1915.
- THUILLIER (L.). — Etude sur les délires à évolution déméntielle précoce, 1916.
- TOULOUSE. — Causes de la folie, p. 147.
- VILLARET (M.) et FAURE-BEAULIEU (M.). — Troubles nerveux tardifs consécutifs aux traumatismes craniocérébraux de guerre, 1917, Vigot frères.
- VITTOZ (R.). — Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral.
- WEIL (P.-Emile). — *Revue générale de pathol. de guerre* 1917-1918, fascicules 2 et 3, Vigot frères.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 10 mars 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

Vu et approuvé.

Montpellier, le 10 mars 1921

Le Doyen :

E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
